

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

834

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

TANNOU, GASTON-FRANCIS

Né le 26 Avril 1911, à Plozévet (Finistère)

Ex-interne des Hôpitaux de Rennes

Licencié ès-sciences

**La Lutte antituberculeuse
sur le Réseau
des Chemins de Fer de l'Etat**

Président : M. BEZANÇON Professeur

RENNES

IMPRIMERIES RÉUNIES (société coopérative), 22, RUE DE NEMOURS

1935

La Lutte antituberculeuse
sur le Réseau
des Chemins de Fer de l'Etat

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

TANNOU, GASTON-FRANCIS

Né le 26 Avril 1911, à Plozévet (Finistère)

Ex-interne des Hôpitaux de Rennes

Licencié ès-sciences

La Lutte antituberculeuse sur le Réseau des Chemins de Fer de l'Etat

Président : M. BEZANÇON Professeur

RENNES

IMPRIMERIES RÉUNIES (société coopérative), 22, RUE DE NEMOURS

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BOULIN.	Pathologie médicale.
BULLIARD.	Histologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
FEY.	Urologie.
GALLIARD.	Parasitologie.
GASTINEL.	Bactériologie.
DE GAUD. RT D'ALAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
GIROUD.	Histologie.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD.	Pharmacologie.
HUQUENIN.	Anatomie pathologique.
JOANNON.	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LACOMME.	Obstétrique.
LANTUEJOL.	Obstétrique.

MM.	
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY.	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.	Pathologie médicale.
OBERLING.	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
RICHET.	Physiologie.
SANNIÉ.	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE.	Pathologie expérimentale.
TURPIN.	Pathologie médicale.
VIGNES.	Obstétrique.
WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET.	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.	
LEROUX.	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.
AUBERTIN.	Clinique médicale.
BRULÉ.	Clinique médicale.
CHABROL.	Clinique médicale.
CHIRAY.	Clinique médicale.
DONZELOT.	Clinique médicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.
LIAN.	Clinique médicale.
PASTEUR-VALLÉRY-SADOT	Clinique médicale.
SÉZARY.	Clinique médicale.
BASSET.	Clinique chirurgicale.
BROCC.	Clinique Chirurgicale.

MM.	
CADENAT.	Clinique chirurgicale.
CATELLIER.	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MOURE.	Clinique chirurgicale.
QUENU.	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
VELTER.	Clinique chirurgicale.
ESCALLE.	Clinique obstétricale.
GUENIOT.	Clinique obstétricale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
METZGER.	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEROUX-LEBARD	Radiologie clinique.

MM.	
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.
FREY.	Stomatologie.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*En témoignage d'affection
et de reconnaissance,*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALPHONSE PELLÉ,
Professeur de Clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Dont nous avons été l'interne. En
remerciement de son enseignement et
de la grande bienveillance qu'il nous
a toujours témoignée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE MONIËT,
Professeur de Clinique chirurgicale

*Dont nous avons été l'externe et
l'interne.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEUVRE,
Directeur de l'Ecole de Médecine

Dont nous avons été le préparateur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVREL,
Professeur de Bactériologie et Anatomo-pathologie
Dont nous avons été l'externe.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOURDIN,
Professeur d'Anatomie

A TOUS NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DES SCIENCES
DE RENNES

A MES AMIS D'INTERNAT

A MONSIEUR RAOUL DAUTRY,
Directeur général
du Réseau des Chemins de Fer de l'Etat

*Qui est le grand animateur de
l'organisation sociale que nous avons
étudiée.*

L'irritabilité de la classe ouvrière a,
il faut bien le reconnaître, des causes
plus profondes que le problème des
salaires. Elle naît souvent de mille
petites causes, parmi lesquelles le mau-
vais outil, le mauvais commandement,
la mauvaise santé, le mauvais logement
ont une grande place. Sa guérison est
une question de satisfaction des besoins
instinctifs de l'homme : santé, sécurité
et dignité de la vie, bonheur de la
famille, joie au travail et dans les loisirs.

★★

Je pense que nous devons faire un
Service médical humain des agents et
de leur famille et non un Service
médical administratif du Réseau.

RAOUL DAUTRY,

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Dans le cadre général de la réorganisation du Réseau des Chemins de fer de l'Etat entreprise depuis 1929 sous l'énergique impulsion de M. le Directeur Général Dautry, les efforts de la Direction n'ont pas uniquement portés sur l'amélioration, la modernisation du matériel, mais aussi sur l'amélioration des conditions de travail et de vie des agents.

L'attention des Chefs de services a été attirée sur la nécessité de préparer le terrain aux progrès techniques par un relèvement de la santé moyenne des agents et une surveillance assidue de l'hygiène. En effet de plus en plus devant les conditions de travail imposées par les Lois Sociales — journées de huit heures, repos hebdomadaire obligatoire — s'impose la nécessité pour les administrations de n'employer que du personnel sain et robuste, capable de fournir le plus haut rendement.

Les mesures prises en ce sens sont, en outre, justifiées par deux autres considérations :

1° Il appartient aux grandes administrations publiques de donner l'exemple en matière d'hygiène sociale et tout particulièrement aux chemins de fer. Les trans-

ports en commun multipliant les contacts entre les individus favorisent les contaminations et leur rôle propageur de maladies a été maintes fois mis en relief par les épidémiologistes. Chargés de plus du transit des denrées alimentaires vers les grandes agglomérations, il est capital qu'elles puissent être livrées au consommateur avec toutes les garanties désirables.

2° Les statistiques montrent la dépense considérable imputable aux interruptions de travail fréquentes. Cet inconvénient s'ajoute aux perturbations qu'elles occasionnent et qui sont préjudiciables au bon fonctionnement des Services. L'expérience a montré que toutes les mesures de prévention — coûteuses en apparence — permettent de réaliser une économie considérable par la diminution qu'elles apportent dans le nombre des journées de congé payé pour maladies qui atteignait en 1929 : 1.200.000, soit une dépense de 50 millions.

Ce lourd problème a été attaqué par la base grâce à la création en 1929 d'un organisme spécial le « Service Social » chargé de la surveillance de l'Hygiène en collaboration avec un « Service Médical » renforcé et l'ensemble des chefs des Services techniques.

Son activité s'exerce dans tous les domaines de la pathologie — maladies ou accidents — intéressant les agents et leurs familles, mais il a reçu pour mission de lutter tout particulièrement contre la Tuberculose, sous toutes ses formes.

Fonctionnant avec le concours des maîtres les plus éminents comme des praticiens les plus dévoués et appuyés de l'aide précieuse du corps des Assistantes Sociales, il a profité parfois des efforts fragmentaires

antérieurs mais le plus souvent a créé de toutes pièces les organismes nécessaires, grâce à l'appui moral et financier de la Direction du Réseau.

Etudier le fonctionnement de ce Service Social, spécialement dans sa lutte contre la tuberculose, sans oublier celui des œuvres privées (gérées par les cheminots eux-mêmes) qui prolongent et complètent son action, reviser les résultats obtenus, en faire une revue critique et envisager les solutions nouvelles, tel sera le but de notre travail.

CHAPITRE II

FREQUENCE DE LA TUBERCULOSE SUR LE RESEAU SES CAUSES

La lutte antituberculeuse entreprise d'une façon plus ou moins fragmentaire sur tous les Réseaux Français, s'imposait avec une acuité toute particulière sur celui de l'Etat fortement touché dans ses effectifs par la tuberculose, fait explicable par des causes d'ordre géographique et d'ordre légal, qui s'ajoutent aux causes générales.

Régions desservies

Le réseau dessert en effet les 21 départements de l'Ouest de la France (comprenant la Bretagne et la Normandie) dont certains arrivent en tête des statistiques nationales quant à la proportion des décès imputables à la tuberculose et il n'est pas étonnant, que les statistiques d'une administration à recrutement sinon local, tout au moins régional, reflètent cette tendance générale. Il est classique d'admettre le rôle néfaste de l'alcoolisme comme facteur de diminution de résistance de l'individu, or précisément il

se trouve que le même réseau a à desservir les deux régions auxquelles on attribue — avec parfois une désobligeante exagération — la réputation d'être les lieux d'élection de ce vice qui a présenté dès l'après-guerre la fâcheuse recrudescence que l'on sait.

Mauvais logements

Aucun plan directeur n'a présidé à la formation du Réseau né de la fusion — après la faillite le plus souvent — de nombreuses petites compagnies qui faute de crédits, de moyens, n'avaient construit à l'usage du personnel que des bâtiments trop étroits qui ne se sont pas agrandis — loin s'en faut — selon le rythme d'augmentation du trafic et par conséquent du personnel. De plus nullement touché par la guerre, du moins dans ses constructions, sinon dans son matériel, le Réseau n'a pas bénéficié des possibilités, d'urbanisme moderne contrairement à certains autres Réseaux qui ayant à reconstruire de fond en semble purent réajuster les constructions avec les besoins. C'est ainsi que le rapport d'administration de 1929 signale que les installations destinées au personnel sont d'une manière générale vieilles et insuffisantes. Les dépôts sont trop près de la partie active des gares, les dortoirs souvent trop petits et mal situés, les lavabos sont vétustes, les maisons de garde construites avec une ou deux chambres seulement sont manifestement insuffisantes pour les familles nombreuses qui s'y entassent cependant, enfin l'application de la loi de 8 heures augmentant le nombre des agents obligea l'administration à installer des services

dans des baraquements militaires devenus sans emploi, ne présentant évidemment qu'un confort médiocre.

La question du logement se pose pour l'ensemble du Réseau, elle s'aggrave dans les grands centres, surtout à Paris et trop fréquemment l'employé doit se contenter de logements insalubres, exigus, souvent sombres, froids et humides. Les constatations faites à ce sujet, par le Service Social au début de son fonctionnement en 1929 sont pitoyables.

Conditions de travail

Les conditions de travail sont également de quelque influence. L'employé sédentaire n'est pas toujours dans un bureau répondant aux données de l'hygiène moderne ; loin de son domicile, mangeant au restaurant, il est souvent sous-alimenté ; quant à l'employé « roulant » les heures de services règlent celles des repas pris très souvent dans de mauvaises conditions. Il est à remarquer que tous les fourgons ne bénéficient pas du chauffage et que nombre de vigies ne protègent qu'imparfaitement l'occupant contre les intempéries.

L'étude des statistiques n'a pas permis de trouver dans la nature de l'emploi une cause favorisant propre, cependant en 1932 alors que les services de l'Exploitation et de la Voie ne fournissent que 19,3 % et 20,2 % des malades atteints de Bacillose pulmonaire, ceux du Matériel Traction et de la Direction atteignent le pourcentage de 29,4 et 31,1 %. La marge est grande mais pas assez cependant pour qu'on puisse en tirer des conclusions formelles.

Le développement des lignes du Réseau à partir de Paris, la concentration dans la ville ou la banlieue des services centraux, dépôts et d'ateliers, amène dans la capitale un grand nombre d'agents recrutés primitivement dans les campagnes. Ayant échappé jusque là aux contagions tuberculeuses bénignes, mais immunisantes, ils offrent après une contamination pratiquement inévitable, un terrain particulièrement favorable aux évolutions rapides qui apparaissent principalement durant les premiers mois de l'acclimatement, favorisées par toutes les causes de moindre résistance déjà entrevues.

Charges légales

Les statistiques du Réseau concernant la tuberculose pulmonaire se trouvent en outre alourdies du fait de l'obligation imposée aux administrations d'admettre dans nombre d'emplois réservés des mutilés et des malades de guerre frappés d'un certain taux d'invalidité, charge qui est assez importante puisque si pour certaines branches les candidatures ne sont admises que dans une proportion variant de 1/10^e au 3/4 pour certaines autres, cantonniers, hommes d'équipe par exemple, elles sont agréées pour la totalité des emplois vacants. Les autres Réseaux ne subissent les conséquences de la loi que dans des proportions beaucoup moins grandes.

Sauf les cas de tares par trop graves, les postulants de ce genre sont pratiquement imposés à la suite d'une visite médicale passée devant une Commission indépendante du Réseau, dépendant du ministère des

Pensions et si par la suite l'examen médical que fait faire le Réseau révèle l'inaptitude du candidat, aux termes de la loi, il reste comme « stagiaire » en attendant sa nomination dans une autre administration. Aucun délai n'étant fixé pour cela la situation intermédiaire de l'agent peut se prolonger des années pendant lesquelles il peut figurer, le cas échéant, sur la statistique des agents à soigner pour tuberculose pulmonaire.

Ainsi rentrent dans les cadres des sujets amoindris, prédisposés par des tares traumatiques ou organiques présentant même des antécédents pulmonaires étiquetés d'une façon imprécise par les commissions de réforme et qui placés dans des conditions plus ou moins défavorables pourront venir grossir d'une façon anormale le nombre des tuberculeux.

Telles sont les causes apparentes du nombre des tuberculeux sur le réseau, les unes sont curables, à d'autres on peut pallier dans une certaine mesure, en tout cas l'ensemble devait être attaqué de front selon le plan et avec les modalités que nous allons étudier.

CHAPITRE III

DIFFICULTÉS DE LA MISE EN TRAIN LE TRAVAIL SOCIAL

Quelles que soient les intentions et les moyens d'action de l'organisme directeur, des difficultés d'ordre technique et psychologiques freinent le départ de toute mise en train et le Réseau n'en a point été exempt.

Etendue du Réseau

Autant il est facile d'appliquer un plan d'ensemble à une collectivité disciplinée comme l'armée, à des masses ouvrières importantes mais groupées, faciles à surveiller, à visiter comme dans l'entreprise Michelin, souvent citée en exemple en raison des beaux résultats obtenus, autant l'observation et l'action sont difficiles quand il s'agit d'effectifs dispersés sur 9.000 kilomètres de ligne. Il faut ainsi tenir compte à tout moment des conditions de vie fort différentes entre elles, présentant tous les intermédiaires entre le mode rural et le mode urbain. Une action efficace ne se conçoit donc qu'à partir de centres locaux, dirigés par une assistance avertie, quitte à tirer des conclusions générales après confrontation des observations, provenant des diverses régions.

Autres causes

Faut-il signaler que les efforts entrepris se heurtent — surtout au début — à une force d'inertie qui tient à ce que l'enseignement de l'hygiène n'a pas suffisamment pénétré les masses.

Il est possible d'offrir des locaux réunissant les conditions d'hygiène nécessaire, et ce à un bas prix, mais, pour les faire occuper, encore faut-il vaincre des obstacles : l'habitude du quartier, les relations de voisinage, le sentiment d'indépendance cher à beaucoup, la répugnance à habiter des maisons réputées « casernes » sans oublier la nécessité de ne pas se trouver trop éloigné des lieux du travail.

Une autre cause rend plus difficile encore l'activité des représentants officiels du Service d'Hygiène du Réseau, c'est la crainte de recevoir, en guise de thérapeutique, une proposition de mise à la réforme, crainte illusoire d'ailleurs puisque des mesures ont été prises qui donnent au contraire au malade toutes possibilités de guérir et de reprendre du service actif. Cette prévention contre le Service social n'a que peu duré ainsi qu'en témoignent les chiffres les chiffres suivants :

Nombre de familles ayant fait appel aux assistantes :

en 1929 : 2.258.

en 1934 : 24.606.

tandis que les visites à domicile, pour la même époque, passaient de 4.145 à 23.029 et celles reçues dans les permanences de 1.711 à 15.040. Il faut voir dans cette progression vertigineuse le résultat des efforts des assis-

tantes d'une part et, d'autre part, la preuve d'une « perméabilité » de plus en plus grande présentée aux initiatives officielles.

Tous les rapports d'Hygiène concernant le Réseau signalent comme une cause défavorable à l'octroi des soins et à l'exercice d'une surveillance constante l'éloignement de nombreux agents des centres médicaux desquels ils dépendent. Des initiatives ont permis dans de nombreux cas d'avancer « le médecin et son arsenal » vers le malade.

Création d'une mystique de l'Hygiène sociale

Mais comment surmonter ces obstacles, comment réaliser cette tâche sans former auparavant le personnel, sans créer les organismes nécessaires et surtout en l'absence d'une mystique de l'hygiène sociale? C'est là une préoccupation constante de la Direction clairement traduite en ces termes dans une circulaire adressée à tous les médecins du Réseau :

« Le rôle social n'a été jusqu'ici utilisé au plein qu'en zone des armées ou aux colonies, par exemple sous Lyautey. M. le Directeur général pense qu'il serait utile d'entreprendre, pour les 21 départements à la vie desquels participe le Réseau, un travail d'ensemble pouvant aider à la recherche, dans ce quart de la France, des remèdes applicables aux multiples malaises de la population. »

Rappelant quelle place prééminente occupe le médecin dans la cité, indiquant les multiples occasions où il a l'occasion d'appliquer sa science : plans d'aménagement

et d'extension, piscines, réputation, services des eaux, œuvres sociales, etc..., ou de renseigner sur les causes de la fréquence régionale ou locale de telles ou telles maladies, le Directeur du Service de Santé, avant d'appeler chacun à participer à la tâche commune, écrit :

« Toute lutte contre les fléaux sociaux est œuvre d'union et la difficulté que rencontre la mise en train des liaisons utiles réside moins dans l'amour du travail isolé que dans l'absence de foi en la vertu des collaborations. »

CHAPITRE IV

LE SERVICE SOCIAL

Un grand réseau a plus à faire que d'assurer strictement aux agents malades ou blessés les soins médicaux. Il doit posséder un service de Santé et d'Hygiène aidant les agents et leurs familles à se défendre contre la maladie et tout particulièrement la tuberculose.

Organisation

A ce but a répondu la création, en février 1929, d'un Service social conçu à l'image de ceux qui existent déjà sur plusieurs réseaux. Composé d'assistantes sociales expérimentées, son action s'étend dans la mesure où les agents l'ont sollicitée à toutes les questions physiques et morales : logement, maladie, travail et il fait appel à toutes les ressources disponibles de l'hygiène, des institutions publiques et privées de la prévoyance et de l'assistance.

Pour la réalisation progressive de ce programme, deux assistantes furent nommées à Paris d'où elles rayonnèrent pendant quelques mois sur toute l'étendue du Réseau. Puis les premiers travaux ayant montré

toute l'étendue des besoins, de nouvelles assistantes furent nommées dans les différents arrondissements : Saintes, Rouen, Rennes, Le Mans, Mézidon, Nantes et Caen, de sorte qu'en septembre 1929 — huit mois après le début — une action d'ensemble devenait possible et féconde grâce à la collaboration avec les agents de tous grades et à une liaison de plus en plus serrée avec le Service médical. Elles sont actuellement au nombre de 32.

Rôle

Quel est donc le rôle d'une Assistante? Remplir le but que nous avons exposé, et ce en de multiples occasions : recevoir dans les permanences les demandes des agents et de leurs familles, visiter les logements, provoquer les consultations, diriger les malades vers le spécialiste compétent, veiller à l'application des règles d'hygiène, guider — et souvent, en réalité, exécuter même — le traitement; instruire les demandes de placement en sanatorium ou dans les colonies de vacances, aller y visiter les malades, assister aux consultations médicales, dans la mesure du possible étant donné l'éloignement des villes, enfin tenir à jour les dossiers concernant le malade et sa famille.

Et nous avons gardé, pour terminer, le rôle important qui consiste à assurer la liaison, d'une part, entre les différents rouages du Service médical du Réseau et, d'autre part, entre le Service social lui-même et les organismes de défense antituberculeux de l'Etat, des départements et des œuvres privées.

Moyens d'action

Quels sont les moyens employés pour le remplir? D'abord le dévouement sans limite des assistantes, payant chaque jour de leur personne; utilisant, pour arriver à voir l'ensemble des administrés, tous les moyens de locomotion depuis le train — évidemment — jusqu'à la bicyclette et la marche à pied; puis la persuasion, la tenacité dans l'action entreprise et enfin l'octroi par l'intermédiaire du Service social d'aides, de secours sous toutes les formes : argent, layettes, trousseaux.

L'on conçoit tout le tact qu'il faut apporter dans l'accomplissement d'une telle tâche : lever des préventions nées de l'incompréhension, vaincre des routines, concilier des intérêts souvent divergents et, d'une façon générale, faire beaucoup avec des moyens financiers limités. C'est assez dire que de pareils postes ne peuvent être confiés qu'à des personnes qualifiées par leurs études, leur expérience à la fois des milieux médicaux et des milieux ouvriers et enfin pénétrées de l'importance du rôle social qui leur est dévolu.

CHAPITRE V

SERVICE MEDICAL

C'eut été une erreur que de développer un organisme médical antituberculeux sans assurer par de nombreuses ramifications un dépistage méticuleux. Aussi la Direction s'est-elle attachée à perfectionner le service médical, à le rétribuer convenablement et à lui donner les armes nécessaires à un travail efficace. Sachant que l'absence ou l'insuffisance de cabinets médicaux oblige souvent l'agent à renoncer aux soins qui lui sont offerts par le Réseau et par conséquent à échapper dans une certaine mesure à la surveillance et au dépistage un effort considérable a été consenti.

Médecine générale

C'est ainsi que trente-sept cabinets médicaux ont été améliorés de 1929 à 1932 tandis que pendant la même période, selon un rythme croissant,

1929 : 5

1930 : 8

1931 : 15

1932 : 24

cabinets ont été construits et mis à la disposition des usagers.

Phtisiologie

Si quittant le domaine général pour ne nous occuper que de la lutte antituberculeuse, pour le peu qu'elle en est dissociable,, nous nous apercevons que l'effort n'a pas été moindre, puisqu'indépendamment des mesures financières prises en faveur des malades et que nous verrons plus loin, 12 médecins, phtisiologues avertis et ayant depuis longtemps fait preuve de leur compétence ont été engagés par le Réseau pour diriger les consultations régionales de phtisiologie.

La nomination de M. le Professeur Rist en date du 1^{er} janvier 1929 étant suivie de celle de MM. Pellé,

Trocmé, 19/11/29, La Rochelle ;

Mme Pouzin Malégué 2/12/29, Nantes ;

M. Quelmé, 2/12/29, Brest ;

M. Aumont, 1/17/30, Bordeaux ;

M. Gallouédec, 16/2/31, Le Mans (remplacé par M. Chéronnet) ;

Mlle J. Fontaine, 5/9/31, Paris (remplacée par Mlle Blanchy) ;

M. Braun, 11/8/32, Paris ;

Mlle Mével, 1/11/34, Quimper ;

M. Porin, 21/4/34, Caen ;

M. Potez, 23/11/34, Rouen.

Ainsi se trouvaient créés des centres permanents utilement complétés par des centres mobiles qui seront l'objet d'une étude dans l'un des chapitres suivants :

CHAPITRE VI

RECRUTEMENT

Grâce à différentes mesures le recrutement des agents a été amélioré.

Visite d'entrée

Tout candidat à un emploi doit subir une visite médicale mais alors que jusqu'en 1931 elle se bornait à un examen clinique, pratiqué par des médecins de médecine générale, elle est actuellement confiée aux médecins spécialistes et comprend obligatoirement un examen radioscopique du thorax complété le cas échéant par une radiographie pulmonaire. Ces mesures ont eu pour effet immédiat de faire passer la proportion des refus de 30 % à 42 %.

Une précaution complémentaire est obtenue du fait que le postulant est pris comme agent à l'essai pendant une période d'un an, date à laquelle il subit un examen définitif.

Ce délai est d'ailleurs plus administratif que médical et l'on conçoit facilement son intérêt en matière de tuberculose. Il suffit de se rappeler la fré-

quence des explosions bacillaires, rapidement évolutives susceptibles de se produire sous l'influence des causes étudiées plus haut.

Ainsi se trouvent éliminés secondairement quelques sujets ayant franchi le premier examen avec des manifestations tuberculeuses latentes.

D'autre part une convention est à l'étude qui aura pour résultat de répartir équitablement entre tous les Réseaux les charges découlant des obligations prévues par la loi.

Apprentissage

S'il est bon pour des raisons techniques de former les futurs ouvriers dans les écoles d'apprentissage, il est non moins indispensable de veiller en même temps à leur développement physique, de façon à former des hommes aguerris contre la maladie. L'examen médical d'entrée a été lui aussi confié à des médecins spécialisés et la proportion des refus est passée de 16% en 1931 à 26 % en 1932.

L'examen médical est subi par tous les candidats avant la fin des épreuves d'admission ce qui occasionne une perte de temps pour les spécialistes mais présente par contre l'avantage d'étendre le champ de dépistage. Beaucoup de ces candidats appartiennent d'ailleurs à des familles d'agents.

Une fois entrés dans ces écoles, les jeunes apprentis poursuivent leur éducation générale et leur éducation professionnelle et rien n'est négligé pour assurer leur parfaite condition physique : l'éducation physique a été développée et depuis mars 1929, le programme

d'instruction comprend des séances journalières de gymnastique Hébert, de gymnastique aux agrès et de jeux, le travail de l'année étant complété pour beaucoup par un séjour de trois semaines au centre d'éducation physique de Dinard.

La surveillance médicale est continue : pesées et mensurations périodiques, visites médicales trimestrielles avec inscription des observations sur une fiche tenue à jour par les moniteurs;

S'il n'est pas possible de chiffrer dès maintenant la diminution de la morbidité tuberculeuse en rapport avec ces mesures concernant le recrutement, leur influence heureuse est d'ores et déjà qualitativement indiscutable.

CHAPITRE VII

LOGEMENT

Qualifié d'angoissant dans le rapport d'administration de 1929, le problème du logement a reçu des solutions qui, pour n'être pas radicales, n'en ont pas moins considérablement amélioré la situation.

Alors qu'en 1929, les réseaux du P.-L.-M. et de l'Est mettaient à la disposition de leurs agents de 5 à 10.000 logements et le Nord 11.000, le réseau de l'Etat n'en avait que 1.618 sur lesquels un grand nombre étaient fort médiocres, de sorte que bon nombre d'agents de la région parisienne étaient obligés de vivre en meublé dans des conditions d'hygiène déplorable en raison de l'exiguïté, les assistantes sociales signalant parfois 6 à 8 personnes entassées dans deux pièces!

A ce moment, 222 logements n'étaient-ils pas de simples baraquements de bois, vestiges des installations de guerre?

Locaux d'habitation

Avec l'aide de la Société Immobilière des Chemins de Fer, de la Caisse de Retraite des Réseaux et de Sociétés régionales, bénéficiant en outre des facilités accordées par la loi Loucheur, il a été possible, en quatre années, de créer 5.017 nouveaux logements et de

renoncer presque entièrement aux baraquements. Entre temps, des réaménagements de locaux ont permis de récupérer 376 logements. Au total, le Réseau dispose, en 1934, de 13.110 logements. Les formules adoptées ont été diverses en raison de multiples contingences : si l'on a dû se résoudre en certains endroits à construire de grandes cités collectives, ailleurs, à Rennes par exemple, il a été possible d'adopter partiellement la solution de pavillons individuels. De plus, lorsque les deux formes de logement coexistent, la commission chargée de la répartition tient compte des charges de famille et donne, dans la mesure du possible, à un agent malade un pavillon isolé.

Dans les cas les plus défavorables de vastes cours ont été prévues, des façades ensoleillées, le chauffage central, eau chaude et froide, etc. Plusieurs cités-jardins sont achevées, comprenant de larges espaces pour les écoles, des terrains de jeux et des jardins d'enfants, le tout à proximité d'une antenne du Service social sous la forme d'un Centre social avec consultation de toutes sortes. Si la prophylaxie par l'habitation n'a pas été traitée aussi largement qu'ailleurs, la raison en est dans le manque de crédit et dans l'absence des conditions spéciales créées en d'autres lieux par la guerre.

Les maisons de garde habitées par des familles nombreuses ont été agrandies : 66 en 1930, autant en 1931, le tout pour une somme de 3.300.000 francs; nombre d'autres bénéficiant d'améliorations hygiéniques.

Les locaux professionnels n'ont pas été oubliés.

Pour les installations en plein air, il a été prévu des hangars métalliques, des tentes, tandis que, dans les bureaux, on a pourchassé l'encombrement. Certains ont été remis à neuf, modernisés.

CHAPITRE VIII

PROPHYLAXIE

Il est évidemment banal d'insister sur la nécessité d'une prophylaxie. Qu'il nous soit cependant permis d'en donner quelques illustrations qui montrent en même temps la gravité du problème en 1929.

Nécessité du dépistage

En 1929, sur les 266 premiers agents venus consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, il y avait 59 tuberculeux sur lesquels :

19 étaient dans un état tel que seule l'hospitalisation, sans thérapeutique possible, pouvait être envisagée

25 purent être envoyés en sanatorium avec un délai d'attente de 6 semaines à 3 et 4 mois; pour 5 d'entre eux, la création d'un pneumothorax fut possible.

Enfin, étant donné le délai d'attente pour entrer dans un établissement de cure, on permit à 9 de partir en cure libre.

Que sont devenus ces 59 tuberculeux au 1^{er} janvier 1934?

26 sont décédés;

2 sont réformés du Réseau;

2 sont en disponibilité;

8 ont fait une rechute après avoir travaillé pendant 2 ou 3 années consécutives;

enfin, 21 travaillent sous surveillance, étant périodiquement examinés au dispensaire.

Nous avons vu, pour notre part, dans le service d'hôpital auquel nous étions attaché et qui recevait les malades dépistés au cours de la consultation faite par M. le Professeur Pellé, phthisiologue du réseau, arriver des malades ayant travaillé la veille et qui succombaient dans les deux semaines qui suivaient, en proie à une évolution aiguë, mais l'examen clinique et radioscopique montrait qu'il s'agissait d'une histoire ancienne dont les manifestations plus ou moins symptomatiques avaient été gratifiées d'une vague étiquette de « bronchite chronique » justiciables d'une simple exemption de service quand la coexistence — bien naturelle — d'une poussée de température n'amenait pas la mise automatique du malade à un néfaste régime de sous-alimentation !

Propagande individuelle

Malades dépistés trop tard, telle est la conclusion de tous les médecins et elle justifie la première des tâches : compléter la prophylaxie individuelle qui est exercée par le médecin lui-même au cours de ses consultations données pour tout autre motif, par exemple au cours

des examens périodiques des apprentis ou des agents de sécurité, par une propagande *antituberculeuse individuelle*, pratiquée par les assistantes sociales.

La Direction du Réseau voulant d'ailleurs faciliter cette tâche du dépistage dans certains endroits mal partagés d'où l'agent ni sa famille ne peuvent venir aux organismes a poussé vers eux un « centre ambulancier » qui comprend, outre un wagon d'habitation pour le personnel, un « wagon dispensaire » qui visite mensuellement, à jour et heures fixes, diverses localités. Alors qu'au début, en août 1930, seulement un seul centre existait, 31 localités étaient visitées, il devint nécessaire, en 1933, de le dédoubler, ce qui permit de desservir 67 localités; tous les deux mois, dans chacune d'elles, le médecin local assure la consultation, aidé de l'Assistante.

Et, à ce propos, apparaît un inconvénient du développement irrégulier du Réseau qui, contrairement à celui du Nord (aux lignes brèves et ramassées) est obligé de tout organiser à partir de plusieurs villes principales en dédoublant personnel et matériel, ce qui augmente considérablement et les frais et les difficultés techniques.

CHAPITRE IX

L'ORGANISATION DU DEPISTAGE

Nous ne saurions mieux faire pour l'exposer que de donner un résumé du rapport adressé en janvier 1929 à M. le Directeur du Réseau, par M. le Professeur Rist, chargé de l'organisation.

Nécessité du dispensaire

Après avoir rappelé que la tuberculose est évitable et guérissable, M. Rist écrit :

« On ne peut faire de prophylaxie antituberculeuse utile parmi le personnel du Réseau sans l'organisme primordial et essentiel qu'est le dispensaire antituberculeux outillé pour le diagnostic précis comportant à la disposition du personnel médical spécialisé, une installation radiologique, un laboratoire de Bactériologie et un poste rhino-laryngologique. »

Réaliser cette condition tel a été le premier but, et un premier exemple était donné (en attendant la généralisation) par la mise en route d'une consultation bi-mensuelle au dispensaire Léon Bourgeois, à Paris. Il ne s'agissait alors que de faire une expérience destinée à renseigner approximativement sur le nombre de tuberculeux dans le personnel et sur les conditions sociales de propagation de la maladie.

Signalons que seule la consultation de Phtisiologie reçoit non seulement les agents mais aussi les membres de leur famille.

L'expérience ayant montré toute l'importance de la question dépistage, elle fut étendue et dès le mois de septembre 1929 le même organisme commençait à fonctionner à Rennes. Réalisant les buts du Service Social :

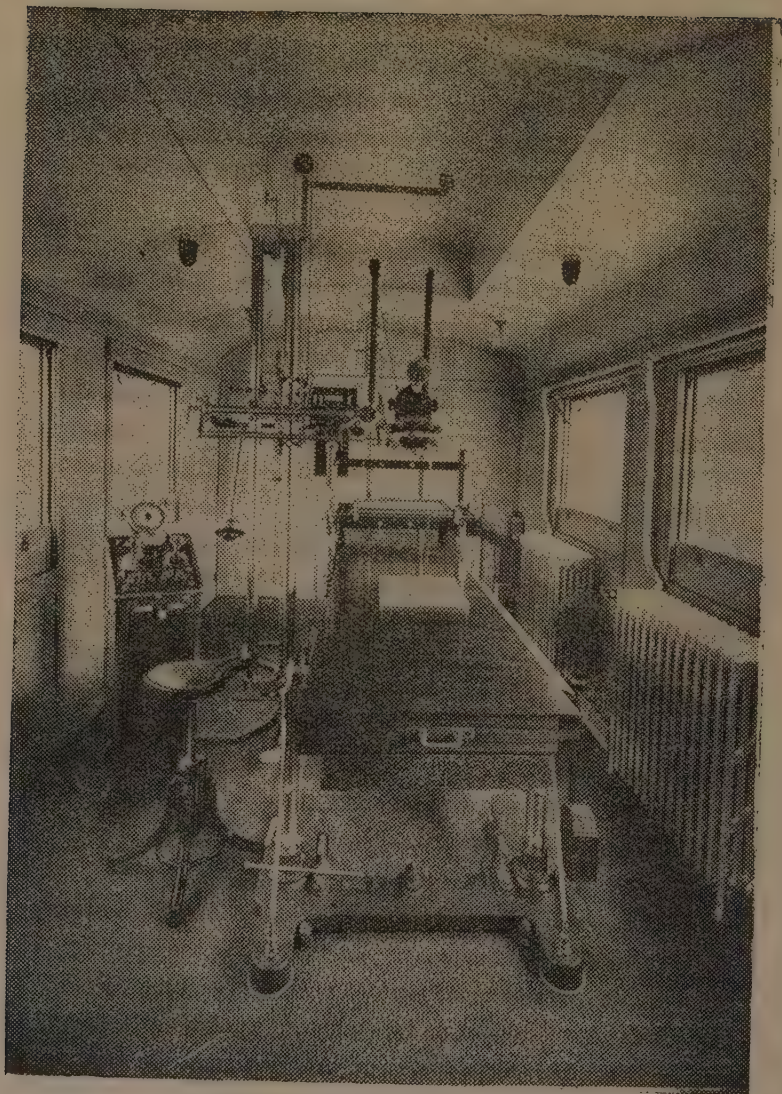
1° être en liaison avec les organismes généraux ;

2° exploiter toutes les ressources, toutes les possibilités, un accord intervenait entre le Réseau et la ville de Rennes qui, par l'intermédiaire de la Commission des Hospices fournissait les locaux, et laide du laboratoire, tandis que le Réseau achetait et installait l'appareil radiologique. Une solution semblable est d'ailleurs en voie de conclusion avec la ville de Saintes où la population cheminote est dense. Un bâtiment sera construit comprenant : salles d'attente, laboratoire et salle de radiologie.

Un point important mérite d'être signalé : c'est qu'il s'agit dans tous les cas de consultations spéciales créées pour les Cheminots et leurs familles et nullement juxtaposées à des consultations d'hôpital et c'est là un facteur important pour encourager la venue à la consultation et créer l'atmosphère de confiance sans laquelle toute tentative de dépistage serait vaine.

De plus en raison des moyens mis à la disposition du spécialiste, le diagnostic peut être rapidement établi dans le minimum de temps permettant aux uns de regagner leur travail en ville et aux autres de reprendre le train sans avoir à supporter des frais de séjour.

A toutes ces formations fixes s'ajoute un véritable dispensaire ambulante : le wagon Radiologique, créé à l'image du centre médical et ambulante.



CHAPITRE X

LE WAGON RADIOLOGIQUE

Nous avons déjà vu les difficultés créées par l'éloignement des malades des centres médicaux. Après les résultats donnés par le Centre ambulancier médical, il devenait indiqué de mettre en circulation un « dispensaire ambulancier », comme celui employé depuis quelque temps déjà par le Réseau du Nord.

L'approbation ministérielle est en date du 4 octobre 1932 et, après quelques mois d'étude et de mise au point, une première séance technique eut lieu en mai 1933 et, dès la fin du mois, la première séance officielle pouvait avoir lieu.

Installation

L'appareillage a été installé dans un grand wagon à voyageurs transformé et modifié. Il comprend, outre la salle d'examen, un bureau pour le médecin, des déshabilleurs, une salle d'attente, un petit laboratoire et une cabine pour le développement des films.

Fonctionnement

Les séances, qui ont lieu d'une façon régulière, pour le moment limitées aux localités de la banlieue parisienne, sont annoncées par une circulaire. Cependant une séance de dépistage a eu lieu en Bretagne, à Auray, sous la direction de M. le professeur Rist.

Les examens sont pratiqués dans les conditions habituelles des examens de Dispensaire d'Hygiène sociale :

Interrogatoire, examen clinique succinct suivi d'un examen radioscopique complété dans de nombreux cas par une prise de cliché. La plupart des enfants examinés, et même jusqu'à un âge assez avancé, sont soumis à une cuti-réaction, dont le résultat est ultérieurement contrôlé par une infirmière visiteuse.

Chaque sujet est l'objet d'une observation qui est conservée et classée tandis que l'Assistante sociale recueille les conclusions ayant trait soit à une thérapeutique immédiate, soit à un examen complémentaire.

Cette consultation ambulante fonctionne comme un vrai centre de triage car des personnes viennent consulter pour les raisons les plus variées et il est très fréquent d'observer des lésions gastriques ou cardiaques et, chez les enfants, des troubles d'ordre général, très souvent des troubles glandulaires.

Les personnes nettement suspectes sont étiquetées de manière à être contrôlées immédiatement par un examen des crachats. Il a été assez rare de découvrir des lésions tuberculeuses en évolution.

Constatations

Le cas s'est parfois présenté pour des agents jeunes, ayant la charge de postes importants à grosses responsabilités. Enfin deux catégories de consultants ont fait l'objet de remarques spéciales :

1° Grande influence de la discipline physique sur le développement des apprentis;

2° Pourcentage important de cuti-réactions négatives chez les jeunes gens de 14-15 ans examinés au cours de ces inspections.

Les autres remarques concernent les qualités physiques des enfants des six « Jardins d'enfants » — au nombre de 215 — totalisant, pour l'année 1933, 42.155 présences contre 1.874 seulement en 1931.

Fréquentation

Elle s'est considérablement améliorée depuis le début grâce à la prospection en profondeur faite par les Assistantes sociales et aussi grâce à la disparition presque complète de la méfiance qui s'était manifestée lors de l'institution même des consultations ambulantes.

La moyenne des consultants ressort à 47 personnes par séance, avec la répartition suivante :

Enfants.	20,9
Agents.	12,9
Femmes d'agents	8,3
Apprentis.	5,3

La progression du travail de dépistage se traduit dans le tableau suivant établi pour deux périodes d'égale durée.

	MAI A DÉC.	MAI A DÉC.
	1933	1934
<i>Nombre de séances.....</i>	23	39
Agents.	132	259
Apprentis.	123	172
Femmes d'agents	97	173
Enfants.	398	456
Nombre total d'examens.....	770	1.060

Il est à remarquer que, conformément aux instructions données par la Direction du Service de Santé, aucune de ces visites n'est obligatoire en dehors de celles subies par les apprentis et les mineurs ouvriers.

Avec ce moyen nouveau d'examen, il est donc possible d'exercer, grâce à l'organisation du Service social et avec l'aide des médecins locaux, une surveillance périodique et systématique ayant un but prophylactique.

CHAPITRE XI

PROPAGANDE COLLECTIVE

Elle est organisée en vue de faciliter et de compléter le travail du Service Social sous forme de conférences agrémentées de projections cinématographiques, de parties musicales ou d'orchestre. C'est ainsi qu'est souvent projeté le film consacré au « Sanatorium des Cheminots ».

Ces conférences sont faites par les médecins du Réseau spécialement qualifiés, des directeurs de laboratoires ou des inspecteurs départementaux d'hygiène ou par les soins du Comité national de défense contre la Tuberculose. Faites au nombre de 19 en 1931, elles ont réuni une moyenne de 400 auditeurs, tracts, brochures, affiches et cartes postales étant largement distribués à l'issue des séances. Comme complément à cette prophylaxie il faut signaler la propagande anti-alcoolique faite sur le Réseau par les mêmes moyens et le renforcement des mesures prises contre les alcooliques irréductibles : sanctions et mise à la réforme.

Ainsi est préparé peu à peu le terrain pour l'action individuelle des assistantes et actuellement rares sont les agents qui ne finissent pas à se soumettre au moins à une visite de dépistage.

CHAPITRE XII

LE TRAITEMENT

Lorsque commencèrent en février 1929 les premières séances de dépistage apparut un obstacle qui s'avérait de prime abord difficile à lever :

En 1929 : manque de lits.

Que faire des tuberculeux curables dépistés à temps ?

Que faire des tuberculeux incurables mais qu'il était de toute urgence d'isoler du milieu qu'ils contaminaient ?

A s'en tenir à la région parisienne, quelle était, en effet, la situation ?

Les services de tuberculeux des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris étaient en trop petit nombre et trop encombrés pour hospitaliser en temps utile les malades dépistés dans le Réseau (1). même état de choses pour les sanatoria, les délais d'assistance atteignant parfois six mois, le sanatorium des Cheminots, dont nous reparlerons plus loin, étant manifestement trop petit.

(1) Rapport de M. Rist.

Il était donc difficile d'hospitaliser d'une part les tuberculeux justiciables d'une intervention immédiate: pneumothorax, phrénicectomie ou thoracoplastie et d'autre part les tuberculeux grabataires incurables.

Conventions avec des sanatoria

Les circonstances de crise traversées par le Réseau n'ont pas permis malheureusement de munir le Réseau de son sanatorium propre et de son « hôpital sanatorium » propre et ont obligé à n'adopter que des solutions palliatives.

Des accords conclus avec l'Association métallurgique et minière et le Réseau de l'Est ont permis de disposer dès fin 1930 de lits à St-Hilaire-du-Touvet et à Séricourt et l'initiative de M. le Directeur Général eut pour résultat de fournir 100 lits nouveaux à Villiers-sur-Marne, réduisant à trois semaines les délais d'attente ce qui peut être considéré, lorsqu'on connaît les conditions habituelles des sanatoria populaires, comme un temps record.

Des conventions passées avec les villes où ont lieu des consultations de phtisiologie en général dirigées d'ailleurs par le médecin du lieu, permirent de recevoir dans les salles de l'hôpital, les malades à isoler.

Le traitement sanatorial n'est donc pas groupé dans un seul centre sous une direction médicale unique et propre au réseau, mais les médecins se tiennent en contact avec M. le Docteur Rist et de plus pour chaque malade en dehors du bulletin de santé qui est communiqué au Service Social.

La liaison est en outre assurée par les Assistances Sociales qui font de fréquentes visites aux malades

(plus de 2.200 en 1932); pour chacun d'eux le Service de Santé tient à jour une fiche conforme au modèle que nous reproduisons, qui permet à tout moment de se rendre compte de la situation du malade et de répondre rapidement à toute demande qui peut être faite à son sujet.

Nom : _____ prénom : _____ Mle _____
 Emploi : _____ Résidence : _____ Sce : _____
 Domicile : _____ Médecin traitant : _____
 Assistance sociale : _____ Phtisiologue ; Dr _____
 Diagnostic : _____

En interruption de service depuis le _____

Recevra une fraction de solde jusqu'au _____ (Circ. 369 C.P.)

Devra comparaître devant la C.R. au plus tard le _____

34.575-AL (2 mois avant la date ci-dessus) 342.203 AL

Dates	Cure libre	Sanatorium de	Hôpital de	Service atténué
24-4-24	Cure libre			
6-6-24		Ris-Orangis		
17-10-24	Cure libre			
19-11-24				Service atténué
23-11-25	Cure libre			
8-12-25				Service atténué

A sa sortie du sanatorium le malade est dirigé vers le dispensaire dont il dépend et qui le prend sous

surveillance continuant, le cas échéant, le traitement · injections de sels d'or, réinsufflations de pneumothorax, examens radioscopiques fréquents.

Mesures complémentaires

Elles sont destinées à permettre l'application des recommandations faites dès la création du service de phtisiologie par M. Rist :

« Quelle que soit la méthode de traitement employée elle ne peut être efficace que si le malade est mis au repos absolu. Tout malade qui espère guérir sans interrompre son travail court à sa perte. »

Mesures financières

Aussi le Réseau prend-il à sa charge les frais d'hospitalisation et ce, sans limitation de délai tandis que la circulaire 309 C. P., en date du 13 Juillet 1932, édicte des règles spéciales pour les malades en traitement, soit chez eux, soit dans un sanatorium :

Solde entière pendant 120 jours.

Ensuite, pendant 90 jours : demi-solde statutaire ; demi-solde à titre de secours ; la deuxième partie n'étant versée que si l'agent se conforme aux prescriptions médicales.

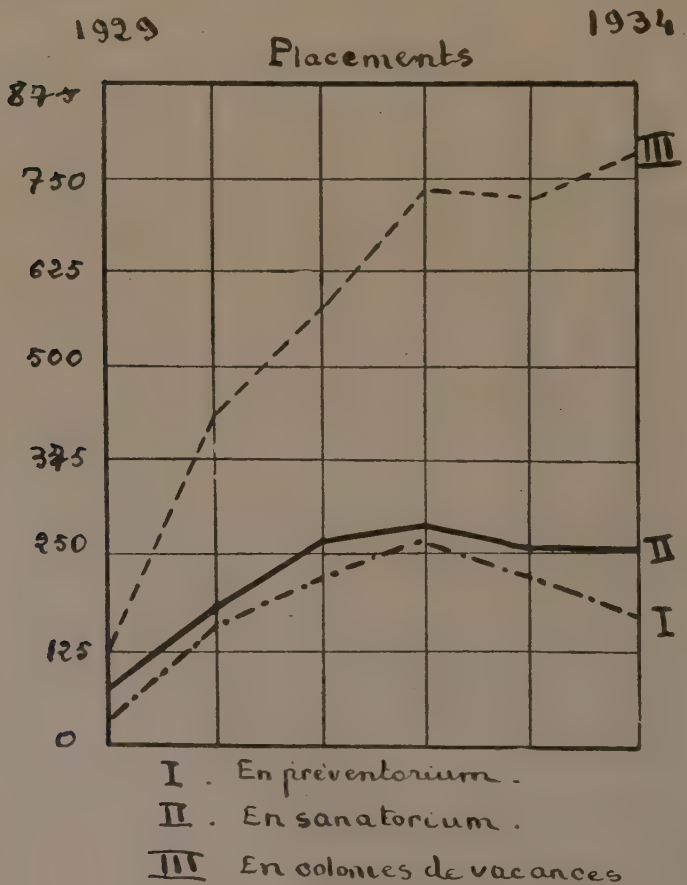
Enfin — sous cette même réserve — paiement d'une fraction de solde (de $1/2$ à $1/3$ du montant brut pendant une période dont la durée est proportionnelle au temps passé au Réseau, à la qualité des services rendus et aux charges de famille, des secours exceptionnels pouvant d'ailleurs être accordés dans certains cas.

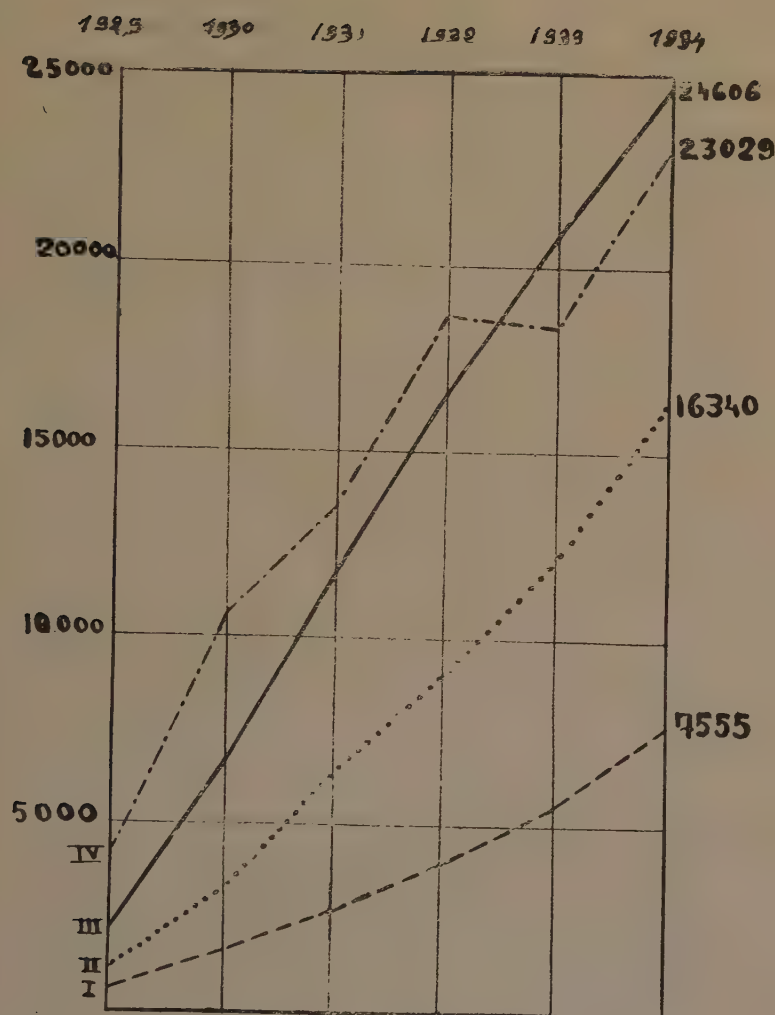
De plus, en cas de départ anticipé à la retraite pour raisons de santé, l'aide du Réseau continue à être

apportée à l'agent : en cas de rechute, possibilité d'admission dans un sanatorium agréé.

Ajoutons pour terminer que les médicaments les plus coûteux — sels d'or — sont fournis gratuitement par le Réseau et que des secours sont accordés, le cas échéant, à l'entourage nécessaire ou à l'agent lui-même lorsqu'il s'agit de soigner un membre de sa famille.

Nous avons résumé dans les graphiques ci-joints les résultats donnés par les différentes mesures de dépistage, de prophylaxie et de traitement que nous venons d'exposer.





I : Consultations de phthisiologue.
 II : Consultations. III Familles inscrites.
 IV : Visites a domicile.

Adaptation

L'organisation que nous avons exposée d'une façon schématique conserve en outre une certaine souplesse qui permet au médecin phthisiologue de prendre les décisions qui paraissent convenir le mieux selon le cas. Bien connue et bien compréhensible est la tendance qu'a le malade à ne pas s'éloigner de la région qui lui est familière, à ne pas quitter les siens, toutes conditions souvent incompatibles avec l'éloignement de certains établissements de cure. Des adaptations peuvent se faire suivant la région prospectée et dépistée ; c'est ainsi que la consultation de Bordeaux, dirigée par M. le Docteur Aumont, profite de la proximité de Cambo et des Pyrénées pour faire hospitaliser ses malades dans les établissements les plus proches et qu'une convention est même intervenue avec la « Clinique Maritime et Coloniale » qui permet d'y faire séjourner des malades au prix d'hôpital tout en leur donnant la possibilité de recevoir fréquemment leurs familles et de bénéficier de sorties.

Le facteur moral a une telle importance dans le traitement de la tuberculose que rien ne saurait être négligé pour l'entretenir et faire accepter par le plus grand nombre possible de malades les inconvénients inévitables de la cure sanatoriale.

D'autre part les caractères de l'affection peuvent commander le choix d'un sanatorium d'une altitude déterminée ; dans ce cas encore le médecin phthisiologue doit suggérer, demander, innover tandis que le Service Social étudiera et établira les conditions pra-

tiques de réalisation avec l'administration intéressée et les familles en tenant compte des possibilités financières du malade, du Réseau et des Dispensaires départementaux avec lesquels il se tient en liaison.

Signalons pour terminer ce chapitre que les cas de tuberculoses chirurgicales, en plus de soins qui leur sont donnés par les spécialistes régionaux du Réseau, peuvent être hospitalisés dans les stations spécialisées de Berck et de Roscoff.

Budget de l'organisation antituberculeuse

Les chiffres que nous donnons ici montrent l'étendue de ssacrifices consentis par le Réseau :

Dépenses de sanatoria.....	1.281.000 fr.
Dépenses d'hôpitaux.	197.000 »
Frais médicaux et pharmaceutiques des agents en cure libre (y compris les dépenses des médecins phtisio- logues).	515.000 : »
Soide et indemnités payées aux agents tuberculeux en soins.....	3.500.000 »
Dépense pour examen au wagon radio- logique (de juin à décembre 1933) ..	21.000 »

Le Service Social du Réseau, institué pour une bonne part en vue du dépistage de la tuberculose, entre dans les dépenses y afférentes pour une somme de 200.000 francs.

Les dépenses totales de l'exercice 1933 s'élèvent ainsi à 5.214.000 francs. Celles de 1934 pour le même objet peuvent être évaluées à 6.000.000.

CHAPITRE XIII

LA RÉCUPÉRATION

Dans une maladie à évolution aussi longue que la tuberculose pulmonaire la question de la reprise du travail se pose d'une façon épineuse, à deux moments :

En cours de traitement.

A la fin du traitement.

S'il est en effet indispensable de mettre le malade au repos pendant une assez longue période, il est cependant admis qu'en cas de stabilisation des lésions, par exemple, à la suite de la création d'un pneumothorax artificiel, qui aura été entretenu quelques fois, trois ans et plus, le malade peut reprendre ses occupations. D'autre part, tous les médecins de Sanatorias connaissent l'importance morale du problème de l'occupation des loisirs du tuberculeux et il est à peine besoin de signaler quelle peut être l'influence d'un repos prolongé sur les qualités et les aptitudes professionnelles.

Le service atténué

Une solution palliative a été jusqu'ici adoptée avec des modalités diverses : celle de la mise du malade en « service atténué » -- mais elle est difficile d'appli-

cation pour deux raisons, d'abord les conditions modernes du travail, dans les dépôts, les ateliers ou sur la voie exigent que pendant les 8 heures de travail l'ouvrier fournisse un rendement maximum et le service est organisé en ce sens, ensuite les spécialisations des ouvriers rendent difficiles les changements d'affectation des agents placés en « service atténué ». Ainsi que faire d'un chauffeur mécanicien ? Que faire d'un convoyeur ? Comment les employer différemment ?

Jusqu'à ce jour, les Chefs de service locaux ont exploité au mieux les possibilités mais dans de nombreux cas, pour répondre aux indications médicales, il faudrait recourir à des créations de postes et c'est une impossibilité.

Mais ne conviendrait-il pas d'abord que soit précisé le terme « de service atténué » et cela dans chacun des grands Services du Réseau, après un échange de vues entre les Directeurs Techniques et les médecins compétents, puisque la question est double. Quelques notions pourraient servir de base : restriction et même autant que possible suppression du travail de nuit et du travail en plein air, surtout pendant la mauvaise saison ; journée organisée de telle façon qu'une large coupure permette à l'agent de prendre un repos complet ; recherche des emplois n'exigeant pas de fatigue trop grande, ni l'exposition aux intempéries.

Il y aura évidemment de nombreux cas d'espèces, mais des résultats heureux ont été obtenus, grâce à des mesures analogues pour les blessés du travail incapables de reprendre le service qui leur était précédemment confié.

Le sens social et humanitaire des chefs de service cherche dès maintenant sur la plus grande échelle pos-

sible à aplanir les difficultés, c'est ainsi que les facilités les plus grandes — sur une simple demande formulée par le Service Social — sont données aux agents pour se rendre aux consultations et aux séances de traitement.

Rééducation des malades

Il subsistera cependant des cas impossibles à résoudre et peut-être faudra-t-il entrevoir une rééducation complète de l'agent en vue d'une nouvelle utilisation. Un accord en ce sens pourrait, si le besoin s'en fait sentir, être conclu avec les Ecoles Régionales de Rééducation (Rennes par exemple).

En tout cas, ces situations commandent une surveillance médicale constante et d'ores et déjà, le progrès est sensible et l'on ne rencontre plus le cas navrant d'agents venant supplier le médecin de signer une reprise prématurée de service qui, si elle était accordée — par pitié devant des situations lamentables — précipiterait l'évolution.

CHAPITRE XIV

LES ŒUVRES PRIVÉES

Si nous avons fait quelques réserves quant à l'accueil fait au début par les cheminots, dans certaines régions, aux initiatives officielles, il convient par contre de rendre à leurs initiatives privées l'hommage qu'elles méritent, puisque leur fondation remonte à 18 ans déjà et qu'elles ont constitué pendant longtemps l'unique défense contre la **maladie**.

Le Sanatorium des Cheminots

Son but est ainsi défini : combattre la tuberculose parmi les membres de la corporation, guérir ceux qui pourront être reçus dans ses établissements et apporter dans les limites de ses ressources, l'assistance morale et matérielle aux malades et à leur famille.

L'œuvre a été fondée pendant la guerre 1914-1918 et reconnue d'utilité publique par décret du 18 juin 1918. Diverses souscriptions, des subventions donnèrent des premiers crédits et après 3 ans de transformations et de travaux, le domaine acquis à Ris Orangis put être inauguré le 9 Juillet 1921.

Divers accords passés avec les compagnies, car il s'agit d'un sanatorium inter réseaux, vinrent faciliter

la tâche des sociétaires qui (d'abord 8.000 en 1925, puis 78.560 en 1935) ne versent que la modique somme de cinq francs.

Entre temps le nombre de lits a augmenté pour atteindre le chiffre de 151 et en 1931 un nouvel établissement, celui de Champrosay, est édifié et permet l'hospitalisation de cent femmes ou filles de cheminots.

Le nombre des malades reçus à Ris Orangis en 1934 s'est élevé à 269 dont 240 cheminots et 29 fils de cheminots. Dans la répartition par Réseau nous apercevons que le Réseau de l'Etat arrive en tête pour le nombre des hospitalisés avec le chiffre 61. La situation est la même en ce qui concerne Champrosay (section femmes) sur 68 hospitalisés le Réseau de l'Etat en compte 20. Ces deux indications confirment ce que nous avons exposé sur l'extension particulière du fléau sur le Réseau.

Ainsi cette œuvre — purement corporative — née de sentiments de solidarité et d'entr'aide, a d'abord précédé l'organisation officielle — bénéficiant d'ailleurs de son appui moral et financier — et à l'heure actuelle l'aide pour une part importante dans sa lutte contre le fléau.

Les préventorias

Au nombre de deux, l'un pour les garçons, l'autre pour les filles, situés dans le Calvados, à Asnelles-sur-Mer, ils sont administrés par la Société « Les Enfants des Chemins de fer Français ». Pourvus respectivement de 93 et 64 lits ils sont presque toujours au complet depuis 1928, date de la fondation.

Les enfants sont l'objet d'examens radiologiques fréquents et le dossier complété de photographies prises le corps nu. Les augmentations de poids de 6, 8 et 10 kilogrammes sont fréquentes. Le périmètre thoracique accusé des gains de 4 à 8 centimètres, chiffres qui sont souvent le double, voire le triple de ceux de l'accroissement normal.

L'œuvre médicale y est parachevée par une œuvre d'orientation professionnelle.

Les frais de séjour sont en principe supportés par les parents, mais le Réseau examine chaque cas particulier et verse une contribution qui peut atteindre et dépasser même la moitié du prix de la journée. Ce reste pouvant être payé par les sections locales de la société.

De cette manière, avec deux préventorias marins, permanents, se trouve complétée l'œuvre de prévention organisée par le réseau dans son domaine de la Motte-Vendée, qui fonctionne l'été comme colonie de vacances pour les apprentis et l'hiver comme station de cure. Signalons que cette année les ouvriers mineurs ont été reçus dans une colonie de vacances nouvellement créée à St-Hilaire-de-Rietz (Vendée).

A ces créations ne se limitent pas les efforts des cheminots puisqu'à côté du Sanatorium des Cheminots fonctionne un Centre hospitalier qui a reçu en 1934 116 malades et que fonctionne, rue Ballu, un véritable dispensaire privé ouvert aux Sociétaires qui peuvent également se faire examiner par les médecins directeurs du Sanatorium sur une simple demande de leur part. De plus, cette année, des enfants des environs de Vitré ont profité d'un séjour dans une colonie de vacances à Grau-du-Roi (Gard).

Les ressources sont constituées par les cotisations des membres, le bénéfice de fêtes et de tombolas augmentées des subventions accordées par le Comité national de Défense contre la Tuberculose, en remerciement du concours généreux apporté à la vente du timbre par ces œuvres corporatives qui a en outre été sanctionné en 1934 par l'attribution d'une coupe offerte par le Comité National.

CHAPITRE XV

CONCLUSIONS

L'organisation que nous venons d'étudier présente d'importants avantages :

I. — Recrutement amélioré par diverses mesures et dépistage assuré en collaboration par le Service Social et le Service Médical.

II. — Consultations spécialisées de phthisiologie assurées dans tous les grands centres et dans de nombreuses gares de la banlieue parisienne grâce au wagon radiologique.

III. — Gain de temps assuré dans les consultations, le spécialiste ayant à sa disposition immédiate le laboratoire bactériologique et l'appareillage radiologique, ce qui lui permet d'éliminer rapidement les faux tuberculeux qui encombrement les consultations.

IV. — Gain de temps dans le traitement de la maladie, les délais d'admission dans les sanatorias conventionnés étant très courts.

Mais l'organisation reste perfectible.

I. — Il n'y a pas en effet d'hôpital sanatorium et il est regrettable à ce sujet que n'ait pas été réalisé le projet établi en 1931 avec le département d'Ille-et-Vilaine et pour lequel d'importantes subventions avaient été obtenues tant du Réseau que de l'Etat.

II. — Il serait souhaitable que des consultations d'Oto-Rhino-Laryngologie fonctionnent (comme à Paris et à Rennes) le même jour que les consultations de phtisiologie, afin d'établir rapidement le diagnostic et d'éviter au malade plusieurs déplacements.

Enfin trois derniers points méritent de retenir l'attention :

Nécessité d'envisager les moyens propres à faciliter la récupération des malades et le cas échéant d'entreprendre leur rééducation en vue d'une nouvelle utilisation en rapport avec leur aptitude constatée médicalement pendant et après la maladie.

Nécessité de réunir au moins annuellement les spécialistes de phtisiologie en vue de confronter méthodes et résultats afin d'assurer la mise au point d'une organisation qui n'en est qu'à ses débuts, imitant ainsi ce qui existe pour les Assistantes Sociales.

Nécessité de développer la collaboration entre les médecins du Réseau et les spécialistes par exemple, grâce à l'organisation de « Conférences Régionales d'Information », au cours desquelles les spécialistes insisteraient sur l'importance d'un dépistage précoce qui est encore trop souvent négligé et où il faut voir la cause du rendement insuffisant, constaté jusqu'à présent dans la récupération des tuberculeux par les services.

En résumé, à l'intérieur de la « Cellule Sociale », constituée par un Réseau de Chemins de Fer, fonctionne et se développe un « organisme social » de prophylaxie et de lutte contre la tuberculose susceptible de donner des résultats considérables et qui a déjà la valeur d'une expérience étendue.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de Thèse :

F. BEZANÇON.

Vu, *le Doyen :*

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur d'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

IMPRIMERIES REUNIES

(Société Coopérative)

22, Rue de Nemours, RENNES

1884